
Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire

Raphaël Okalla et Alain Le Vigouroux



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/181>

ISSN : 1950-6929

Éditeur

LIT Verlag

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2001

Référence électronique

Raphaël Okalla et Alain Le Vigouroux, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 01 mars 2006, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/apad/181>

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

Bulletin de l'APAD

Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire

Raphaël Okalla et Alain Le Vigouroux

- ¹ La population du Cameroun est estimée à 14.305.000 habitants en 1998 dont 45 % vivent dans les villes. L'espérance de vie est de 53 ans pour les hommes et de 56 ans pour les femmes. Il est classé au 125^e rang mondial selon l'Indice de développement humain avec un PIB par habitant estimé à 1.573 \$ EU pour l'année 1999 ¹. L'économie camerounaise a subi comme celle de tous les pays de la région les revers de la crise économique mondiale. Les effets de cette dernière se sont particulièrement aggravés en 1992 avec les opérations "villes mortes" ², la dévaluation du franc CFA en 1994, et les conséquences des plans d'ajustement structurel conduits sur instructions du FMI. La population a dû faire face aux licenciements massifs dans les entreprises privées et même dans la fonction publique ; ceux dont l'emploi a été maintenu ont dû composer avec deux baisses de salaires en 1993 (la baisse cumulée sur l'année était supérieure à 50 %) salaires par ailleurs, versés irrégulièrement. L'État fut contraint de réduire son budget, entraînant de facto une diminution des ressources publiques allouées au secteur de la santé. La situation économique globale semble s'améliorer depuis peu à en croire les indicateurs économiques ; le PIB, qui avait chuté de 2,6 % en 1994, a recommencé à croître de 4,7 % en 1998. Cependant, la population s'est appauvrie pendant la période 1987-1996 et la croissance retrouvée n'a pas encore effacé les signes de cette pauvreté. Les salaires, de nouveau versés régulièrement, sont restés gelés à des niveaux très bas. La capacité d'investissement de l'État reste faible, et la mise en œuvre des réformes du système de santé ne peut être effective que pour des zones bénéficiant d'aides extérieures.
- ² Depuis 1990 plusieurs partis sont autorisés à exercer leurs activités dans le pays. La constitution de 1996 consacre le principe de décentralisation avec l'organisation du pays en collectivités territoriales décentralisées (régions et communes). Chaque région est

censée être compétente pour organiser son développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et sportif. Cependant, certaines institutions prévues par la constitution de 1996 n'ont pas encore été mises en place. De plus, la décentralisation n'est pas encore effective, si les communes fonctionnent déjà, ce n'est pas le cas des régions pour lesquelles la constitution prévoit une importante autonomie dans certains domaines. Mais ce processus devrait à terme aboutir au renforcement de la décentralisation des services de santé. Récemment, la vie politique a été marquée par plusieurs élections (municipales, en 1996 ; législatives et présidentielles, en 1997), avec pour conséquence des remaniements fréquents au sein de l'administration, et en particulier au sein du Ministère de la Santé Publique (six remaniements en six ans).

Les reformes du système de santé

- 3 La nécessité de disposer de cadres en santé, et la réduction des personnels de l'assistance technique étrangère à partir de l'Indépendance, a conduit à la mise en place d'un vaste programme de formation dans le pays, mais aussi à l'étranger grâce à des bourses d'études. En 1969 le Centre universitaire des sciences de la santé (CDSS) est créé pour la formation d'équipes polyvalentes de personnels de santé avec des compétences en santé publique ³. Parallèlement, on assiste au développement des constructions des structures sanitaires, aussi bien publiques que privées, mais la récession des années 1990, et le souci de recherche d'efficience du système de santé remettront en cause le fonctionnement, voire l'existence même de certaines de ces structures.
- 4 A partir du début des années 1980, guidé par des expériences de santé communautaires locales ⁴, et par les résolutions des conférences internationales (Alma Ata, Bamako, Harare), le Cameroun a mis en place plusieurs réformes du système de santé gardant comme cadre général le développement des soins de santé primaires. Cette politique attira les bailleurs de fonds internationaux qui financeront des projets de développement sanitaires dans des régions différentes, contribuant par là à une certaine balkanisation de l'organisation du système de soins dans le pays associée à un recul du rôle de l'État. Trois étapes sont identifiables dans le processus de réforme actuel pour le renforcement du système de santé de district : la préparation de la Réorientation des soins de santé primaires (RSSP) ; la RSSP en elle-même, et le Plan national de développement sanitaire (PNDS).
- 5 Dès 1989, une réflexion s'est engagée à la Direction de la médecine préventive pour améliorer la politique nationale de santé à partir des résolutions internationales et des expériences nationales ; elle aboutit à l'élaboration d'un document pour réorienter les soins de santé primaires, en concertation avec des partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale. Ce document ne sera paraphé officiellement au Cameroun qu'en mai 1993, sous la forme d'une "Déclaration Nationale de la Politique des Soins de Santé Primaires". Cependant il est largement diffusé et commenté dans les séminaires dès 1990. En 1992, le séminaire de Bertoua travaille sur la délimitation des districts et des aires de santé en zone rurale ; il propose la division du territoire en 120 districts. Cette réunion, qui a trait principalement aux zones rurales, relève notamment les difficultés à appliquer aux pieds de la lettre les recommandations de l'OMS, surtout en considérant le critère démographique. Puis l'intervention de la Banque Mondiale dans le cadre de la politique sectorielle appliquée au milieu urbain sera à l'origine de l'identification des districts de santé à Yaoundé et Douala. Longtemps avant d'être officielle, la réforme a donc été mise en œuvre par différents partenaires dans leurs zones de compétences entre 1990 et 1993.

- 6 Cette réforme consistait tout d'abord à instaurer le centre de santé comme structure de premier contact du malade avec le système de santé, pour répondre aux nombreuses critiques dont les agents de santé communautaire et les postes de santé faisaient l'objet. Il s'agissait ensuite de décentraliser la gestion vers une structure opérationnelle le district de santé - qui puisse intégrer les besoins de la population et les orientations et stratégies du niveau national. Il s'agissait enfin de renforcer les principes d'équité, de participation communautaire et de collaboration intersectorielle, et plus précisément d'intégrer toutes les activités des SSP du centre de santé et renforcer le rôle de la communauté en l'impliquant dans le financement et la gestion du système.
 - 7 Depuis 1993, le gouvernement a mis en place des réformes successives dont celle supportée par la loi n°96/02 dite "loi-cadre" stipulant que "la rationalisation du système de gestion et du financement du secteur se fait par le développement de la gestion décentralisée des ressources humaines, financières et matérielles affectées au secteur santé, à travers le développement du partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les autres intervenants en matière de santé ; le renforcement et l'appui à la recherche opérationnelle en matière de santé ; la mobilisation des ressources supplémentaires et la maîtrise des dépenses de santé".
 - 8 En 1997, le Gouvernement camerounais s'est engagé dans un programme économique et financier à moyen terme en vue de rétablir les équilibres macro-économiques et financiers du pays ⁵. Le Cameroun est devenu alors éligible à "l'Initiative d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés", et c'est dans ce contexte que sont élaborées des stratégies sectorielles dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et des infrastructures. Les allègements consentis doivent en effet être consacrés aux réformes structurelles et au développement des secteurs sociaux afin de rendre les administrations des secteurs concernés plus opérationnelles notamment pour la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.
 - 9 En 1999, lors d'une mission conjointe de la Banque Mondiale et du FMI de revue du document cadre de politique économique et financière, le Gouvernement s'est engagé à élaborer avant mars 2000 un document de stratégie sectorielle pour la santé accompagné d'un plan d'action pluri-annuel chiffré. Cette stratégie doit prendre en compte les orientations actuelles de la politique nationale de santé exprimées dans le Plan national de développement sanitaire 1999-2008 dont les trois principaux objectifs sont :
 - rendre les districts de santé fonctionnels et performants
 - maîtriser la progression de l'infection à VIH/sida à travers un programme de lutte centré sur le district de santé
 - développer et mettre en place au niveau des districts des mécanismes décentralisés de financement des soins de santé ainsi qu'un système performant de mutualisation du risque maladie
 - 10 Cependant la question des ressources nécessaires à la réalisation de ce plan n'est pas abordée. Recherchant un consensus plus large que pour le PNDS, l'approche sectorielle du développement en santé doit offrir de meilleures perspectives de réussite que celles pouvant résulter de la poursuite de projets dispersés et financés séparément, mais ce document a tardé à être paraphé officiellement.
- L'organisation du système de sante
- 11 La Déclaration Nationale de la Mise en Œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires (1993), puis une modification de l'organigramme du Ministère de la à la suite du

décret n°95/040 du 7 mars 1995, définissent la réorganisation du système en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau dispose de trois types de structures : les structures de gestion institutionnelle du Ministère de la santé, les formations sanitaires et les structures de représentation des populations.

Tableau 1 : La pyramide sanitaire du Cameroun

Niveaux	Structures administratives	Compétences	Structures de soins
Central	Services centraux	Direction politique, élaboration de la politique et des stratégies	Hôpitaux généraux de référence, centre hospitalier et universitaire
Intermédiaire	Délégations provinciales	Appui technique aux districts et programmes	Hôpitaux provinciaux
Périphérique	Districts de santé / aires de santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de districts, centres médicaux d'arrondissement centres de santé

- 12 Le niveau central élabore les politiques, les normes et les stratégies nationales ; il conçoit et propose au gouvernement les textes réglementaires, et il coordonne, contrôle et ventile les ressources vers les niveaux opérationnels. Le niveau central est représenté par le ministère de la santé avec ses cinq directions, la direction de la santé communautaire, la direction de la médecine hospitalière, la direction de la pharmacie, la direction des ressources humaines, la direction des ressources financières ; et ses deux divisions, la division de la coopération, la division des études et de la planification. Les formations sanitaires à ce niveau sont : les hôpitaux généraux de Yaoundé et de Douala, l'hôpital Central de Yaoundé, l'hôpital hospitalo-universitaire de Yaoundé, l'hôpital Laquintinie de Douala. Ces hôpitaux servent de référence aux hôpitaux provinciaux.
- 13 Le niveau intermédiaire est représenté par les 10 délégations provinciales de la santé publique (DPSP). Chacune suit les délimitations et la dénomination de sa province administrative. Elles ont pour rôle la traduction en programmes de la politique élaborée au niveau central. Toutes les directions du niveau central sont représentées par les services provinciaux correspondants. La province est dotée d'un comité de gestion provincial (COGEPRO) composé des cadres de la santé, des représentants de la population et de l'administration et qui gère le Fonds spécial de solidarité pour la santé de la province (FSPS). Ce fonds est alimenté par des subventions et des aides, par les participations des districts de santé ainsi que par les bénéfices de la vente des médicaments essentiels par le Centre d'Approvisionnement Provincial des Produits Pharmaceutiques (CAPP) dont la mission est l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels. Les membres du FSPS sont élus par les Comités de santé du district (COSADI). Les Comités de santé du district sont composés de professionnels de santé du district, de représentants de chaque aire de santé du district ainsi que d'élus locaux ; pour l'instant ils restent embryonnaires. Le délégué provincial de

la santé, pour sa part, se trouve sous l'autorité du Gouverneur de la province administrative, province sanitaire et province administrative coïncidant.

- 14 Le district de santé constitue le niveau périphérique ou opérationnel. Le service de santé du district est dirigé "par une équipe multidisciplinaire supervisée par un médecin de santé publique" qui "coordonne et supervise toutes les activités de santé de district, y compris celles des tradipraticiens et du secteur privé moderne". Le district de santé est desservi par un hôpital de référence. Il est chargé d'élaborer un Plan d'action sanitaire, d'assurer son suivi, et de superviser les aires de santé. Le système de santé de district dispose de deux niveaux d'établissements de soins : l'hôpital de district, hôpital de première référence, et les centres de santé. Un comité de gestion veille notamment à l'utilisation des fonds dit de "recettes affectées", c'est-à-dire ceux provenant de la vente de médicaments et de la facturation de toutes les prestations sanitaires ; ces recettes sont réparties entre la motivation du personnel, le fonds de solidarité provinciale, la caisse de supervision du district, et le Trésor public.

- 15 Le Cameroun est divisé en 135 districts de santé. Les textes précisent que la délimitation géographique du district se fera selon le découpage administratif en vigueur et "peut, en cas de besoin, couvrir un ou plusieurs arrondissements limitrophes selon les critères d'opérationnalité d'un district de santé", ces critères sont d'ordre "démographiques, socioculturels, économiques et techniques" mais aussi d'accessibilité géographique. Depuis 1972, le pays est notamment subdivisé administrativement en 58 départements, 269 arrondissements et 53 districts, chaque arrondissement étant placé sous l'autorité d'un chef d'arrondissement référant à un sous-préfet. Dès lors, certains districts de santé correspondent à un ou deux arrondissements administratifs, d'autres sont à cheval sur plusieurs arrondissements ou même sur plusieurs départements. Dans la hiérarchie administrative, le chef du district de santé dépend du sous-préfet ou de plusieurs sous-préfets selon la manière dont le district de santé a été délimité, tout litige à ce niveau pouvant être porté devant le préfet du département. En fait, la mise en œuvre des districts de santé se heurte fréquemment à des problèmes de découpages administratifs effectués à partir de considérations politiques plutôt que techniques.

- 16 Le district de santé est lui-même subdivisé en aires de santé ; l'aire de santé est constituée par un village ou un ensemble de villages avec une population totale de 5.000 à 10.000 habitants, avec un territoire bien défini, et desservi par un centre de santé qui a la responsabilité des activités de santé. Chaque centre de santé met à la disposition des populations le "paquet minimum d'activités" ⁶ en stratégies fixe et avancée : la réforme propose un renforcement de la capacité technique des centres de santé (personnels qualifiés, matériels techniques et logistiques adéquats) ; le personnel des centres doit alors non seulement proposer le "paquet minimum d'activités" au centre pour la population centrale de l'aire de santé (stratégie fixe) mais également se rendre dans les villages éloignés du centre pour proposer certaines activités, surtout préventives (stratégie avancée). Les malades dont les problèmes n'ont pu trouver de solution au niveau du centre de santé sont théoriquement référés à l'hôpital de district. Ces formations sanitaires sont appelées "centres de santé intégrés" (CSI), la notion de poste de santé villageois étant abandonnée, et sont censés être dirigées par un infirmier diplômé d'État. Chaque village désigne deux représentants au sein du comité de santé de l'aire de santé ; ce comité élit en son sein un comité de gestion qui participe à la gestion du centre de santé au côté de l'équipe des professionnels de la santé. Chaque comité de

santé de l'aire désigne à son tour deux personnes qui représenteront l'aire de santé au sein du comité de santé de district.

- 17 Les comités de santé et les comités de gestion, au niveau des aires de santé, du district et de la province, n'ont d'autre support juridique que la loi sur les libertés d'association de 1990, qui n'était pas spécifique à la santé. Le décret présidentiel n° 95/013 du 7 février 1995 sur l'organisation des services de santé de base en districts de santé stipule en son article que les structures de dialogues et de participation communautaire font partie du district de santé. Dès lors, placés sous la seule tutelle du ministère de la santé, ces comités voient donc leur liberté d'action limitée, alors que l'administration de la santé ne devrait être qu'un de leurs partenaires.
- 18 Au niveau périphérique, subsistent des structures de soins qui ne peuvent être rangées ni dans la catégorie des CSI, ni dans celle des hôpitaux de district. C'est le cas notamment des centres médicaux d'arrondissement (CMA), nouvelle appellation des hôpitaux des arrondissements administratifs, et qui sont les premières formations sanitaires qui bénéficient des services d'un médecin, avant l'hôpital de district. Avant la réforme, chaque unité administrative pouvait être desservie par un hôpital d'arrondissement, et pendant la période de mise en œuvre des SSP selon les directives d'Alma Ata (1980-1988), plusieurs structures de ce type ont été construites pour améliorer l'accessibilité géographique aux structures de soins ; la crise économique a contraint le ministère de la santé d'arrêter la construction de ces centres devenus CMA. Avec la réforme, certains de ces établissements sont devenus hôpitaux de district, d'autres devaient disparaître, la réforme ne prévoyant pas un autre niveau de soins dans les districts de santé. Or, ces établissements, outre leurs fonctions sanitaires, jouaient un rôle politique important ; les hôpitaux d'arrondissement étaient la manifestation de la présence de l'État, et surtout de l'importance que celui-ci accordait à un arrondissement donné ; et les populations jugeaient de l'intérêt que leur portait un candidat aux élections par les dons qu'il pouvait faire à ce centre médical. Des compromis ont été nécessaires, et un troisième niveau de soins (entre le CSI et l'hôpital de district) a été créé dans certains districts : les centres médicaux d'arrondissement. Il existe 92 CMA au Cameroun qui posent un problème pour le système de référence/contre référence envisagé, les CMA rompant en fait la continuité des soins en créant des formations sanitaires d'un niveau ambigu par rapport au nouveau système.
- 19 Le pays dispose d'un hôpital pour 45.000 habitants et d'un centre de santé pour 12.000 habitants. Dans ce maillage du territoire en structures de soins, il faut également compter avec les 539 établissements du secteur privé qui, pour la plupart (95 %), relèvent du secteur confessionnel. Les formations sanitaires privées sont *de facto* intégrées dans le système de santé de district, et plusieurs formations sanitaires privées confessionnelles sont responsables soit d'une aire de santé, soit d'un hôpital de district. Le secteur confessionnel (catholique et protestant) dispose de sa propre carte sanitaire. Ainsi, le service catholique de la santé épouse la division du territoire en diocèses autonomes, dispose d'un important réseau de formations sanitaires opérationnelles, et bon nombre d'activités, telles la formation du personnel, les commandes de médicaments auprès des grossistes, ou encore les négociations avec le Ministère de la santé, se déroulent sous le contrôle d'un bureau national dépendant de la Conférence épiscopale. Tous secteurs confondus, il existe un lit d'hospitalisation pour 400 habitants ⁷.

Le financement du système de sante

- 20 Le système de santé est financé par trois sources principales ; les clients, l'État et les financements extérieurs (organismes de coopération bilatéraux et multilatéraux, et ONG). Le tableau ci-dessous présente l'évolution du budget national affecté à la santé. On remarquera que le budget de 1997 est revenu au même niveau que celui de l'exercice 1984 en valeur absolue, avec cependant une baisse très sensible du ratio budget de la santé/ budget national qui passe de 5,14 % à 2,8 %. Signalons cependant que d'autres ministères que le ministère de la santé financent des activités de santé ; l'éducation nationale, qui dispose d'une direction de la santé scolaire ainsi que des structures de soins scolaires dans toutes les provinces ; le ministère des forces armées, qui gère plusieurs structures de soins sur l'ensemble du territoire ainsi qu'un hôpital de référence à Yaoundé ; le ministère de l'enseignement supérieur, qui gère son "système de santé universitaire". Certaines structures de soins bénéficient par ailleurs de subsides du ministère des affaires sociales et du ministère de la condition féminine (comme le centre des Handicapés d'Etoug-Ebé, et la PMI de Tsinga à Yaoundé).

Tableau 2 : Évolution du budget national et du budget du ministère de la santé (en milliers de FCFA)

Années	Budget national	Budget MSP	% budget national	% croissance
1980	246 000 000	12 403 702	5,04	17
1981	310 000 000	14 930 829	4,82	28
1982	410 000 000	20 761 986	5,06	16
1983	520 000 000	24 705 737	4,75	22
1984	620 000 000	31 848 632	5,14	14
1985	740 000 000	36 848 534	4,98	3
1986	800 000 000	38 081 585	4,76	-24
1987	650 000 000	30 636 420	4,70	-12
1988	600 000 000	27 471 176	4,58	11
1989	600 000 000	30 964 340	5,16	-11
1990	550 000 000	28 011 574	5,09	-12
1991	572 000 000	25 087 000	4,39	16
1992	573 600 000	29 886 000	5,21	-6
1993	576 000 000	28 169 093	4,89	-25
1994	581 000 000	22 523 000	3,88	-1

1995	682 000 000	22 230 000	3,26	7
1996	727 280 000	24 018 000	3,30	23
1997	1 214 750 000	31 322 000	2,80	23

Source : documents des MINEFI/MSP

- 21 La procédure d'engagement des fonds publics est longue et complexe. Les médecins responsables des services de santé de district ou d'hôpitaux de district ainsi que les infirmiers qui gèrent les centres de santé sont de fait ordonnateurs des dépenses de la structure qu'ils dirigent ; or ils sont loin d'être toujours formés à la gestion des finances publiques. C'est ainsi qu'en dehors des malversations (factures fictives, surfacturation), les contrôleurs du ministère de la santé se sont rendu compte que l'ignorance participe de beaucoup aux erreurs de gestion identifiées sur le terrain ⁸. De plus, l'insolvabilité de l'État pendant des années a rendu difficile la recherche d'un fournisseur compétitif. Il reste difficile dans un district d'apprécier réellement la contribution du budget de l'État au moment de la planification, car il est difficile de savoir d'avance, sur les 1.500.000 FCFA de dotation alloués en moyenne à un district de santé, ce qui va effectivement servir au fonctionnement après les différents "pourboires", et autres frais de procédures à verser pour entrer en possession de son budget. Dans la pratique, un district ne pourra utiliser qu'une partie de la dotation budgétaire, et il est impossible de connaître ce qui reviendra effectivement à la structure au moment où elle élabore son plan d'action.
- 22 D'après le PNDS, "les ménages arrivent largement en tête du financement du secteur de la santé", mais en fait, en raison d'un système d'information peu satisfaisant, il est très difficile d'avoir une estimation de la "participation communautaire". Par ailleurs, tout comme l'État, l'utilisateur a subi les contrecoups de la crise économique et sa capacité à financer les soins a certainement chuté. Par ailleurs, le Cameroun n'échappe pas aux détournements des fonds provenant du recouvrement des coûts par les membres des comités de gestion ou les professionnels de la santé. Dès lors, on comprendra que les membres de la communauté qui achètent leurs médicaments et payent leurs prestations sont peu disposés à continuer de verser de l'argent sachant que leur contribution sera détournée en toute impunité. D'autant que le cadre institutionnel et réglementaire des comités de santé ne prévoit pas de sanctions en cas de détournement. La solution la plus souvent envisagée est la démission des membres du comité de gestion issus de la communauté, et la mise en place d'un comité provisoire composé uniquement des personnels de santé.
- 23 Les différentes organisations de coopération, bilatérales et multilatérales, financent le système de santé par des aides et des prêts. Les financements du secteur privé à but non lucratif sont mal connus, mais on les estime à 10 milliards, les financements des aides extérieures, toutes sources confondues, seraient passés de 3 milliards en 1990 à une moyenne de 6 milliards ces dernières années, après avoir atteint 9 milliards en 1992. Le tableau ci-dessous présente les estimations de ces financements :

Tableau 3 : Engagements financiers des principaux bailleurs de fonds (en millions FCFA)

Bailleurs de fonds	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Multilatéraux	64	342	1147	1820	1866	2733	2729	2729	2224
Bilatéraux	2121	4884	7010	6159	5302	4325	3639	3433	2750
ONG	826	1042	1226	365	170	18	9	-	-
Total	3011	6268	9383	8344	7338	7076	6381	6168	4974

Source : document de projet du Programme "santé, fécondité, nutrition", Banque mondiale

- 24 Depuis 1990, le financement des organismes multilatéraux augmente constamment. Jusqu'en 1998, alors que le financement par les ONG baisse. Cette baisse est difficilement explicable, il convient de la considérer avec prudence : il est vraisemblable que l'acception du terme ONG ait changé entre 1990 et 1999.
- 25 La coordination des activités des différents partenaires est problématique, et il est très difficile de concilier les objectifs de visibilité⁹ des donateurs, les priorités du ministère de la santé, et les exigences de gestion des ministères des finances et du plan. C'est ainsi que la coopération chinoise a pu faire don d'un hôpital pédiatrique, construit à Yaoundé comme l'exige le donateur, dont un des murs d'enceinte est mitoyen de celui de l'Hôpital général de Yaoundé qui dispose d'un service pédiatrique dont le taux d'utilisation est inférieur à 40 %. La Banque Mondiale a restructuré trois fois en deux ans le Projet Santé Fécondité Nutrition qu'elle finance. En premier lieu, il s'agissait de commencer la réforme en favorisant les campagnes qui avaient été négligées par les politiques précédentes ; mais la situation dans les villes se dégradait. Puis il s'est agi d'étendre le projet aux deux principales villes du pays, Yaoundé et Douala. Mais la Banque Mondiale refusait de financer un projet qui ne couvre pas aussi une zone rurale, et obtint alors que les neuf districts urbains soit couplés avec neuf districts ruraux. Modifié trois fois à l'initiative de la Banque Mondiale, le projet ne concerna plus que deux districts urbains.

Les personnels

- 26 Le Cameroun dispose d'un potentiel humain important dans les divers domaines de la santé (médecine curative dans les diverses spécialités, professionnels de la médecine préventive, professionnels de santé publique, administrateurs de santé, planificateurs, etc.). Le Cameroun compte un médecin pour 11.000 habitants, 1 infirmier pour 2.000 habitants, et 1 aide-soignant pour 3.000 habitants¹⁰ ; ces chiffres se situent dans la moyenne observée pour l'Afrique subsaharienne. L'effectif est stable depuis plusieurs années et les personnels vieillissent. Les recrutements à la fonction publique se sont arrêtés pour toutes les catégories de professionnels de la santé en dehors des médecins diplômés de la Faculté de médecine et de Yaoundé. Les postes libérés du fait des départs en retraite et des décès ne sont pas maintenus. De plus, la gestion du personnel au niveau central n'est pas très rationnelle : à titre d'exemple, si l'insuffisance des spécialistes en santé publique dans les districts est reconnue au niveau central, des médecins formés dans cette spécialité attendent une éventuelle affectation pendant une année ; sans compter que les personnels formés pour la gestion des districts est principalement en

poste au niveau central, pendant que du personnel non formé pour cette fonction assure tant bien que mal la gestion des districts sur le terrain.

- 27 La détérioration du cadre de travail, la non-reconnaissance du travail accompli, le gel des salaires à un niveau très bas contribuent par ailleurs à la démotivation du personnel. Une partie du personnel s'est tournée vers un mode d'exercice plus lucratif que la médecine, ou cumule avec des activités externes à l'hôpital. D'autres trouvent, grâce aux détournements et au racket des usagers, des moyens de maintenir leur niveau de vie.
- 28 Des problèmes aigus de formation se posent. Moins de 20 % des médecins chefs de district disposent d'une formation professionnelle en management de la santé. Toutes les provinces sont dotées d'une école de formation, cependant ces structures sont délabrées, manquent de matériel pédagogique, et dispensent des formations désuètes. Les programmes de formation initiale ne sont guère pris en compte dans les politiques nationales de santé, et la formation continue et complémentaire du personnel n'est pas organisée.

Le marché pharmaceutique

- 29 En 1993, le marché pharmaceutique camerounais était estimé à 35 milliards de FCFA répartis entre le secteur privé commercial (80 %) et l'approvisionnement des structures publiques et privées à but non lucratif. Le secteur pharmaceutique comprend trois groupes d'acteurs :
 - le secteur public financé par l'État avec l'aide de la communauté internationale qui fournit des médicaments génériques
 - le secteur privé qui vend des spécialités importées ou fabriquées localement, et des médicaments génériques
 - le secteur privé confessionnel (catholique et protestant) qui met à disposition des médicaments génériques avec un système de un recouvrement des coûts.
- 30 Initialement gratuits, les médicaments disponibles dans les formations sanitaires publiques devenaient de plus en plus rares, les centres étant approvisionnés très irrégulièrement en raison des modes de financement de l'État et d'une mauvaise gestion.
- 31 Pour remédier à cette situation, l'Office national pharmaceutique (ONAPHARM) fut alors créé en 1986 pour remplacer la Pharmacie centrale d'approvisionnement. Mais l'ONAPHARM n'a pu remplir les fonctions qui lui étaient dévolues. En 1997, la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME), centrale nationale d'achat et de distribution des médicaments essentiels génériques aux formations publiques et privées, a été créée avec l'appui de l'Union Européenne. En 1999, son chiffre d'affaires était en pleine progression.
- 32 Toujours grâce à l'appui de l'aide internationale, des centrales d'approvisionnement ont été créées dans les provinces qui se sont vu doter de Centres d'approvisionnement pharmaceutique provinciaux (CAPP), mais qui n'avaient alors aucun statut juridique.
- 33 Leur gestion était à la fois publique et communautaire ; ils peuvent parfois bénéficier de l'appui de bailleurs de fonds. Ces centres approvisionnent les formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif.
- 34 Le secteur privé s'est beaucoup développé au Cameroun sous l'effet conjugué des carences du secteur public et de la croissance économique. Cependant la dévaluation monétaire de 1994, puis la création de la CENAME ont réduit le marché des importateurs privés. Trois types d'acteurs se partagent ce marché privé : les grossistes importateurs, les producteurs locaux, les officines dont le nombre s'élevait à 308 en 1994 ¹¹. Les structures privées à but

non lucratif, c'est-à-dire essentiellement les structures confessionnelles, dont les activités pharmaceutiques s'élèveraient à 40 % de l'offre de médicaments dans les structures de première ligne, s'approvisionnent à la CENAME ou directement à l'étranger.

- 35 Il faut aussi compter avec un marché parallèle illicite, qui s'est beaucoup développé, et qui met à disposition des médicaments, conditionnés ou en vrac, sur les marchés ou la voie publique. Mais ces médicaments se retrouvent aussi dans les structures du service public avec la complicité du personnel soignant. Cependant la limite entre attitudes licites et illicites est ici difficile à poser : les importations autorisées peuvent être écoulées illégalement sur les marchés à la suite de détournements, tandis que les importations illégales se retrouvent dans les structures publiques. Les médicaments illicites représenteraient 40% du marché pharmaceutique national ; les importations sauvages se font notamment à partir du Nigeria voisin.
- 36 Une politique pharmaceutique nationale a été élaborée et retenue par consensus national en 1999. Une liste de médicaments essentiels a été établie, et une commission est chargée de la réactualiser tous les deux ans. La CENAME s'approvisionne sur appel d'offres restreint après présélection des fournisseurs. Il existe un laboratoire national de contrôle de la qualité qui est fonctionnel. Des projets d'appui en équipement, notamment de l'OMS et de l'Union européenne, existent. Mais la libéralisation des tarifs, dont ceux des médicaments, réclamée par les institutions financières internationales, entre en contradiction avec l'application d'une réglementation des prix publics. En fait, l'absence d'une politique tarifaire du médicament et la libéralisation de la vente ne favorisent pas l'accessibilité financière aux médicaments génériques. La CENAME n'a pas le monopole de l'approvisionnement du médicament dans le secteur public. On peut alors observer une disparité des prix de vente dans une proportion pouvant aller de un à quatre selon les sites de vente.

Conclusion

- 37 Le Cameroun met en place depuis 1990 une politique de santé qui correspond aux recommandations de l'initiative de Bamako et aux résolutions de la conférence de l'Organisation mondiale de la santé de Harare. Si beaucoup a été fait pour la rationalisation de la carte sanitaire et de la décentralisation au niveau des districts de santé, beaucoup reste à faire pour l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des urgences, pour l'organisation du système de référence-contre référence, la coordination des financements extérieurs et bien d'autres domaines. La sous-utilisation des formations sanitaires de soins primaires et des structures hospitalières du secteur public est à l'origine d'un coût d'acte curatif très important. Les structures sanitaires sont peu entretenues, et la réduction des ressources contribue au manque de maintenance, avec pour conséquence une réduction importante de la proportion des structures sanitaires fonctionnelles. Il est bien difficile alors de parler de qualité des soins et services, surtout dans un système de recouvrement des coûts qui semble exclure la partie de la population la plus démunie, et où la participation communautaire est faible.

NOTES

1. UNDP, *Human Development Report 2001*.
 2. Ces opérations ont entraîné l'arrêt des activités économiques à Douala en particulier, porte d'entrée non seulement du Cameroun, mais aussi de la RCA et du Tchad.
 3. Aujourd'hui la faculté de médecine et des sciences biomédicales (FMSB) a remplacé le CUSS ; cette institution forme une soixantaine de médecins par an.
 4. Notamment les projets d'Acha Tugi dans la province du Nord-Ouest et de Tokombéré dans l'Extrême Nord.
 5. Accord triennal de facilité d'ajustement structurel renforcé conclu avec le FMI en août 1997.
 6. Selon la déclaration d'Alma Ata, le "paquet intégré de santé" comprend :
 - les soins de santé de base : soins médicaux, santé maternelle et infantile, lutte contre la maladie
 - les interventions prioritaires de santé : vaccination de base, planning familial, médicaments essentiels
 - les interventions liées à la santé : alphabétisation des adultes (sur le plan sanitaire), sécurité alimentaire des ménages, approvisionnement en eau et assainissement
 7. Pour l'Afrique subsaharienne la moyenne s'établit à 1 lit pour 900 habitants.
 8. Un inspecteur nous soulignait au cours d'un séminaire de formation des équipes cadres des districts urbains de Douala en mars 1999 que "nous nous sommes rendu compte qu'ils ignorent la procédure des engagements et la gestion des finances publiques. Ils ne connaissent même pas l'existence de certains textes réglementaires nécessaires à l'exercice de leur fonction".
 9. Les organismes de coopération ont une préférence pour les projets aux résultats visibles à court terme, mais souvent peu durables.
 10. Source : "Quelques données statistiques sur les personnels médical et médico-sanitaire au Ministère de la santé publique", Yaoundé, 1999.
 11. Direction des Services Pharmaceutiques, Yaoundé, Ministère de la Santé Publique. 1994.
-

AUTEURS

RAPHAËL OKALLA

Ministère de la Santé Publique, BP 13690, Yaoundé – Cameroun ; rokalla@iccnet.cm

ALAIN LE VIGOUROUX

Service de coopération et d'action culturelle, BP 2105, Libreville, Gabon ;
alv@internetgabon.com